



4018-3. USO COMBINADO DE iFR Y FFR CON ADENOSINA INTRACORONARIA PARA LA CLASIFICACIÓN DE LESIONES CORONARIAS INTERMEDIAS

Fernando Rivero Crespo, Javier Cuesta Cuesta, Teresa Bastante Valiente, Amparo Benedicto Buendía, Jorge Andrés Restrepo Carmona, Víctor Martínez Dosantos, Guillermo Diego Nieto y Fernando Alfonso Manterola del Hospital Universitario de la Princesa, IIS-P, Madrid.

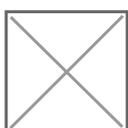
Resumen

Introducción: La iFR es un nuevo índice de presión no hiperémico propuesto para la valoración de lesiones coronarias intermedias. Existen resultados discrepantes en cuanto a su concordancia con la FFR. Recientemente se ha propuesto su uso combinado, en la zona gris de iFR, con FFR inducida con adenosina intravenosa (FFRiv) para la clasificación de las lesiones coronarias. La utilización de adenosina intracoronaria (FFRic) en combinación con iFR podría facilitar la generalización de su uso, al ser una técnica más simple, menos invasiva y con menos efectos secundarios.

Objetivos: Determinar la validez diagnóstica del uso combinado de iFR y FFRic frente al patrón estándar de la FFRiv en el estudio de lesiones coronarias intermedias.

Métodos: Se incluyeron de forma consecutiva todas las lesiones coronarias intermedias (30-80% por QCA) durante 6 meses. En todas ellas se determinaron sistemáticamente y consecutivamente iFR, FFRic (600 μ g) y FFRiv (200 μ g/Kg/min). Se calcularon los índices de validez diagnóstica de ambas pruebas frente al patrón de referencia (FFRiv), asumiendo el punto de corte establecido (0,80), así como el área bajo la curva de cada una de las pruebas.

Resultados: Se incluyeron 42 lesiones. La edad media de los pacientes fue de 66 ± 10 , el 81% eran varones, la frecuencia de DM alcanzó el 29%. La indicación más frecuente fue la angina estable (56%) y el vaso fue la descendente anterior (47%) y el segmento medio (51%). La gravedad angiográfica media fue del $51\% \pm 9$ y el FFR medio de $0,81 \pm 0,09$. La sensibilidad de iFR (100%) fue mayor que la de FFRic (89%) y la especificidad de la primera (70%) menor que la FFRic (96%). Asumiendo la realización de ambas pruebas en serie, primero iFR y, dada su alta sensibilidad, a continuación FFRic solo en aquellos sujetos clasificados como positivos según iFR, se incrementa considerablemente su especificidad. El área bajo la curva de iFR fue de 0,92 (0,84-1,00), el de FFRic de 0,98 (0,92-1,00) y el de FFRic en los sujetos clasificados como positivos según iFR de 1,00 (1,00-1,00) (fig.).



Curvas ROC Para iFR y FFRic en positivos a iFR frente a FFRiv.

Análisis de la validez diagnóstica de iFR y FFRic frente a FFRiv

		VP	VN	Sensibilidad	Especificidad	Validez global
	N	n (%)	n (%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
iFR vs FFRiv	41	18 (72,0)	16 (100,0)	100,0 (97,2-100,0)	69,6 (48,6-90,5)	82,9 (70,2-95,7)
FFRic vs FFRiv	42	16 (94,1)	23 (92,0)	88,9 (71,6-100,0)	95,8 (85,8-100,0)	92,9 (83,9-100,0)
FFRic vs FFRiv en los positivos a iFR	25	16 (100,0)	7 (77,8)	88,9 (71,6-100,0)	100,0 (92,9-100,0)	92,0 (79,4-100,0)

VP: verdaderos positivos; VN: verdaderos negativos; IC95%: intervalo de confianza al 95%.

Conclusiones: Dada la elevada sensibilidad de iFR y la alta especificidad de FFRic nuestro estudio sugiere que el uso combinado secuencial de ambas pruebas presenta una elevada rentabilidad diagnóstica, pudiendo simplificar el uso de las técnicas diagnósticas funcionales intracoronarias.